مشارکت خیّرین در ارائه خدمات سلامت در ایران

علی محمد مصدق راد[1]، مریم تاجور[2]، فاطمه احتشامی[2*]

۱ . دانشکده بهداشت، مرکز تحقیقات مدیریت اطلاعات سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۲. دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

نشریه پایش
سال هجدهم، شماره پنجم، مهر ـ آبان ۱۳۹۸ صص ۴۵۳-۴۳۹
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۸/۶/۲۰
[نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۶ مهر ۹۸]

چکیده

مقدمه: خیّرین علاوه بر مشارکت در تأمین مالی و تولید منابع، در ارائه خدمات سلامت نیز مشارکت دارند. این پژوهش با هدف تبیین نحوه مشارکت خیّرین در ارائه خدمات سلامت در کشور ایران انجام شده است.

مواد و روش کار: این مطالعه کیفی در سال ۱۳۹۷ با استفاده از مصاحبه‌ی نیمه ساختار یافته با ۳۸ نفر از خیّرین سلامت و ۲۶ نفر از سیاستگذاران، مدیران و کارشناسان حوزه معاونت اجتماعی وزارت بهداشت و دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور و تحلیل اسناد مرتبط انجام شد. از روش تحلیل موضوعی برای تحلیل داده‌های کیفی استفاده شد.

یافته ها: خیّرین در نظام سلامت ایران به ارائه خدمات سلامت در ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی در سطوح خدمات پیشگیری، درمانی و توانبخشی می‌پردازند. خیّرین به طور مستقیم با ارائه انواع خدمات سلامت و به طور غیر مستقیم با ارائه خدمات پشتیبانی مثل ساخت و تعمیر بیمارستان‌ها و مراکز بهداشتی و درمانی و تعمیر تجهیزات پزشکی مشارکت دارند. مشارکت خیّرین به صورت فردی و غیر سازمان‌یافته یا گروهی و سازمان‌یافته انجام می‌گیرد.

بحث و نتیجه گیری: خیّرین سلامت مشارکت فعالی در ارائه خدمات و مراقبت‌های سطوح سه‌گانه نظام سلامت ایران دارند. سیاستگذاران نظام سلامت باید با شناسایی نیازهای بهداشتی و درمانی کشور، مشارکت خیّرین سلامت را در ارائه خدمات سلامت هدفمند کنند. مدیران سازمان‌های بهداشتی و درمانی باید با مدیریت ارتباطات، تعامل مناسب و جلب اعتماد خیّرین سلامت، مشارکت پایدار آنها را در ارائه خدمات سلامت تقویت کنند.

کلیدواژه: خیرین سلامت، مشارکت، ارائه خدمات سلامت، مطالعه کیفی

کد اخلاق: IR.TUMS.SPH.REC.1396.3633

* نویسنده پاسخگو: تهران، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
E-mail: fateme.eht@gmail.com

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-02-03]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1398.18.5.3.2]

مقدمه

نظام سلامت شامل افراد، گروه‌ها، سازمان‌ها و مؤسسات دولتی و خصوصی است که وظیفه قانون‌گذاری، سیاستگذاری، برنامه‌ریزی، تأمین مالی، تولید منابع، سازماندهی، هماهنگی و ارائه خدمات سلامت را بر عهده دارند [۱]. اهداف اصلی نظام سلامت شامل تأمین، حفظ و ارتقای سلامتی مردم، پاسخ‌گویی به انتظارات آنها و حمایت مالی از آنها در مقابل هزینه‌های سلامت و اهداف واسطه‌ای نظام سلامت شامل عدالت، کارایی و کیفیت هستند. در نهایت، حاکمیت و رهبری، تأمین مالی، نیروی انسانی، تجهیزات و ملزومات، اطلاعات و ارائه خدمات سلامت الزامات نظام سلامت برای دستیابی به این اهداف هستند[۲].

حاکمیت ایجاد سیستمی برای مدیریت بهتر نظام سلامت است که با طراحی ساختار سازمانی مناسب برای فعالیت ارائه‌کنندگان خدمات سلامت و پرداخت‌کنندگان هزینه‌های سلامت، تدوین سیاست‌ها و مقررات، نحوه مدیریت منابع برای اجرای سیاست‌ها، تولیت و ارزشیابی عملکرد سازمان‌های بهداشتی و درمانی مرتبط است. سیستم تأمین مالی نظام سلامت باید منابع مالی مورد نیاز برای ارائه خدمات سلامت را به‌گونه‌ای فراهم کند تا مردم دسترسی عادلانه به خدمات سلامت داشته باشند و به خاطر هزینه‌های سلامت دچار فقر نشوند. نیروی انسانی کافی، آموزش دیده، با تجربه، پاسخگو و مسئولیت پذیر باید به طور مناسب برای ارائه خدمات سلامت در سازمان‌های بهداشتی و درمانی توزیع شوند. داروها، تجهیزات و ملزومات با کیفیت مورد نیاز باید در اختیار سازمان‌های بهداشتی و درمانی قرار داده شوند. اطلاعات درست، دقیق و به موقع باید از سازمان‌های ارائه کننده خدمات سلامت جمع‌آوری شود تا شواهد لازم برای تصمیم‌گیری‌های سیاستگذاران و مدیران بخش سلامت فراهم شود. در نهایت، نظام سلامت باید خدمات سلامت اثربخش، ایمن و با کیفیت را به افرادی که به آن نیاز دارند در زمان و مکان مورد نیاز ارائه دهد. این خدمات سلامت در دو سطح فردی و غیر فردی ارائه می‌شوند. خدمات سلامت فردی مانند خدمات پیشگیری، تشخیصی، درمانی و بازتوانی باید به‌طور منسجم توأم با احترام و با کیفیت به شخص نیازمند این خدمات ارائه شود. در مقابل، خدمات غیر فردی سلامت (خدمات جامعه محور) برای گروهی از مردم (مانند خدمات آموزش سلامت عمومی) یا برای محیط (مانند خدمات بهداشت محیط و کار) ارائه می‌شوند [۱].

ارائه خدمات سلامت یکی از مهم‌ترین کارکردهای نظام سلامت برای تأمین، حفظ و ارتقای سلامتی مردم است. افزایش بیماری‌های مزمن، افزایش جمعیت سالمند، استفاده از فن آوری ها و روش‌های جدید تشخیصی و درمانی، تقاضای روزافزون برای خدمات بیمارستانی و خطاهای پزشکی منجر به افزایش هزینه‌های نظام سلامت شده است [۱]. بنابراین، استفاده از منابع مختلف برای تأمین مالی و ارائه خدمات سلامت ضروری است. در این راستا، استفاده از ظرفیت و منابع خیّرین سلامت برای تأمین مالی و ارائه خدمات سلامت مفید به نظر می‌رسد.

بخشش و کمک به یکدیگر در فرهنگ مردم ایران نهادینه شده است. ایران در سال ۲۰۱۷ از نظر شاخص جهانی بخشش World Giving Index در رتبه ۲۹ دنیا قرار داشته و با ۵۳ درصد مشارکت مردمی در امور خیریه، رتبه ۲۴ دنیا و با ۳۲ میلیون نفر جمعیت خیّر، رتبه ۱۰ دنیا را از نظر جمعیت مشارکت کننده در کمک‌های خیریه به خود اختصاص داد [۳]. بخشش و انجام کارهای خیر نتایج مثبتی برای فرد خیّر و جامعه دارد. بخشش و انجام کارهای خیر موجب شادی و رضایت از زندگی [۵-۴]، کاهش افسردگی [۷-۶] و افزایش امید زندگی [۸] فرد خیّر می‌شود.

بخش سلامت به علت ماهیت فعالیت‌هایش به‌ویژه در کشورهای با درآمد پایین و متوسط همواره از کمک‌های خیّرین برخوردار بوده است. میزان کمک‌های خیریه در بخش سلامت در جهان در سال ۲۰۱۷ میلادی حدود ۲۴/۳ میلیارد دلار امریکا بوده است. کشورهای آمریکا (۱۰ میلیارد دلار)، انگلستان (۲/۴ میلیارد دلار)، آلمان (۱/۲ میلیارد دلار)، فرانسه (۹۷۱ میلیون دلار) و ژاپن (۸۷۱ میلیون دلار) بیشترین کمک‌های خیریه را در بخش سلامت داشتند. بیشترین سهم کمک‌های خیریه سلامت از کل کمک‌های خیریه در کشورهای آمریکا (۲۸٪)، کانادا (۱۹٪)، لوکزامبورگ (۱۶٪)، انگلستان (۱۳٪) و ایرلند (۱۳٪) بوده است. بیشتر این کمک‌های خیریه صرف مبارزه با بیماری‌های واگیر نظیر ایدز، سل و مالاریا، برنامه‌های تنظیم خانواده و سلامت مادر و کودک، تقویت نظام سلامت کشورها و امنیت سلامت جهانی می‌شود. کشورهای افغانستان، بنگلادش، اتیوپی، هایتی، کنیا، نامبیا، غنا، راوندا، هندوستان، نیجریه، تانزانیا، اوگاندا، زامبیا، پاکستان، سیرالئون و زیمبابوه بیشترین کمک‌های خیریه بخش سلامت دنیا را جذب می‌کنند [۹].

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-02-03]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1398.18.5.3.2]

خیّرین سلامت نقش به‌سزایی در تأمین مالی، توسعه منابع، ارائه خدمات سلامت و حمایت مالی از بیماران در نظام سلامت کشور ایران بر عهده دارند. خیّرین سلامت منابع مالی مورد نیاز بخش سلامت را از طریق مجمع خیّرین سلامت، مؤسسات خیریه سلامت، توزیع صندوق کمک مالی در بین اقشار مختلف جامعه، شبکه‌های اجتماعی فضای مجازی و برگزاری مراسم‌های هدفمند، جذب می‌کنند و صرف توسعه فضاهای فیزیکی، تأمین تجهیزات و ملزومات و پرداخت حقوق و دستمزد کارکنان سازمان‌های بهداشتی و درمانی و همچنین، پرداخت هزینه‌های خدمات سلامت بیماران می‌کنند [۱۰].

تعداد کل خیّرین سلامت ایران در سال ۱۳۹۴ برابر با ۱۳،۱۳۸ نفر بوده است [۱۱]. حدود ۸۹۰ مؤسسه خیریه سلامت فعال تا سال ۱۳۹۶ در کشور وجود داشتند [۱۲]. حداقل ۱۵۰۰ سازمان مردم نهاد سلامت در کشور ایران فعال هستند [۱۳]. به طور کلی، بالغ بر ۴۰ هزار و ۲۸۹ میلیارد ریال توسط خیّرین تا سال ۱۳۹۴ برای اموری از قبیل احداث بیمارستان، درمانگاه، مرکز بهداشتی و درمانی شهری و روستایی، خانه بهداشت روستایی، اورژانس شهری و بین‌راهی، توسعه و تکمیل و بازسازی مراکز بهداشتی و درمانی و سایر نیازهای حوزه سلامت در مجمع خیّرین سلامت پرداخت شده است [۱۱]. مشارکت خیّرین در سطح دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور در سال ۱۳۹۵ حدود ۱۵۰۰۰ میلیارد ریال و در سال ۱۳۹۶ حدود ۱۷۰۰۰ میلیارد ریال بوده است [۱۲].

بنابراین، خیّرین از ظرفیت بالایی برای ارائه خدمات سلامت در ایران برخوردار هستند. آگاهی از نوع و چگونگی مشارکت خیّرین در ارائه خدمات سلامت برای برنامه‌ریزی تقویت مشارکت آنها در ارائه خدمات سلامت ضروری است. مطالعات محدودی به تبیین مشارکت خیّرین در نظام سلامت ایران پرداخته اند [۱۰]. هدف این مطالعه تبیین نحوه مشارکت خیّرین در ارائه خدمات سلامت در کشور ایران است. نتایج این پژوهش اطلاعات ارزشمندی را در اختیار سیاستگذاران و مدیران نظام سلامت ایران برای مدیریت بهتر مشارکت خیّرین و استفاده بهینه از ظرفیت آنها برای ارائه خدمات سلامت قرار می‌دهد.

مواد و روش کار

این مطالعه استقرایی Inductive و کیفی با روش پدیدارشناسی Phenomenology انجام شد. پدیدارشناسی علم مطالعه، بررسی، توصیف و تفسیر دقیق پدیده‌های زندگی است. در این نوع پژوهش تجربه، ادراک و احساس افراد در مورد پدیده یا موضوع مورد نظر مطالعه می‌شود [۱۴]. پدیده‌ها شامل واقعیت‌ها، موقعیت‌ها، تجارب یا مفاهیم هستند. خیّرین در تأمین مالی، تولید منابع و ارائه خدمات سلامت مشارکت دارند، ولیکن، نوع، نحوه و چگونگی مشارکت آنها در ایران هنوز به طور کامل مشخص نشده است. بنابراین، در این مطالعه به بررسی، توصیف و تبیین نحوه مشارکت خیّرین در ارائه خدمات سلامت ایران پرداخته شده است.

داده‌های پژوهش از طریق مصاحبه نیمه ساختار یافته با مدیران کل و رؤسای ادارات و کارشناسان معاونت اجتماعی وزارت بهداشت و معاونان اجتماعی، رؤسای ادارات و کارشناسان امور خیّرین دانشگاه‌های علوم پزشکی و خیّرین کشوری مشارکت‌کننده در ارائه خدمات نظام سلامت جمع‌آوری شد. این افراد بیشترین دانش و اطلاعات را در زمینه مشارکت خیّرین در حوزه ارائه خدمات سلامت داشتند. بکارگیری ارزشیابی چندگانه در این مطالعه، دانش جامع و عمیقی در زمینه مشارکت خیّرین در ارائه خدمات سلامت در ایران فراهم می‌کند که با انجام مصاحبه فقط با یک گروه از ذینفعان امکان‌پذیر نخواهد بود. انجام مصاحبه‌ها در ابتدا به صورت هدفمند با تعدادی از مدیران، کارشناسان و خیّرین شروع شد. سپس، با روش جستجوی گلوله برفی، آنها افراد مطلع و خبره دیگری را برای مصاحبه به تیم پژوهش معرفی کردند. سؤالات مصاحبه با توجه به اهداف پژوهش و مطالعات گذشته طراحی شد.

مصاحبه‌ها با درخواست وقت قبلی و در محل کار مصاحبه شوندگان یا از طریق تماس تلفنی با آنها انجام شد. مصاحبه‌ها تا رسیدن به اشباع داده‌ها و اطلاعات ادامه یافت. اشباع داده‌ها زمانی روی داد که کد جدیدی از داده‌ها شناسایی نشد و گروه‌بندی درون مایه ها، جامع و منطقی به نظر رسید. میانگین زمان مصاحبه ۱۷ دقیقه (حداقل ۱۱ و حداکثر ۲۳ دقیقه) بود. مصاحبه‌ها با ضبط صدا و یادداشت‌برداری انجام شد. مصاحبه با دو نفر از مدیران به دلیل محدودیت وقت آنها در دو نوبت و با بقیه افراد در یک نوبت انجام شد. مدیران و کارشناسان مصاحبه شونده با حرف M و خیّرین سلامت با حرف D در این مقاله مشخص شدند. متن تایپ شده مصاحبه‌ها در صورت تمایل مصاحبه شوندگان، برای آنها ارسال شد تا ضمن تأیید، مطالبی را اضافه یا کم کنند.

همچنین، در این پژوهش اسناد و قوانین بالادستی در زمینه مشارکت خیّرین در ارائه خدمات سلامت بررسی شد. با جستجو در

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-02-03]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1398.18.5.3.2]

پایگاه ملی قوانین و مقررات سلامت و وب‌سایت‌های معتبر و مراجعه حضوری به سازمان‌ها و نهادهای مربوطه از جمله وزارت بهداشت و مشورت با صاحبنظران، ۱۶ سند بررسی شد (جدول ۱).

برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل موضوعی Thematic analysis شش مرحله‌ای براون Braun و کلارک Clarke شامل آشنایی با داده‌ها، شناسایی کدهای اولیه، جستجو برای تم‌ها، مرور درون مایه ها، تعریف درون مایه ها و در نهایت، تهیه گزارش استفاده شد [۱۵]. محتوای مصاحبه‌ها برای استخراج کدهای اولیه چند بار مرور شد تا نسبت به جوانب مختلف داده‌ها شناخت کامل حاصل شود. کدهای اولیه در متن مصاحبه‌ها شناسایی شد. کدهای مشابه و دارای معنای نزدیک در درون مایه های فرعی و در نهایت، در درون مایه های اصلی جای‌گذاری شدند. تم‌های اصلی و فرعی چندین بار مرور شدند و در صورت نیاز ترکیب، تعدیل و تفکیک شدند تا یک نقشه موضوعی منطقی از روابط بین درون مایه های اصلی و فرعی ایجاد شود. سپس، درون مایه های اصلی و فرعی نامگذاری و تعریف عملیاتی شدند. در نهایت، با توجه به سوال پژوهش، درون مایه های اصلی و فرعی با استفاده از کدهای شناسایی شده و نقل قول‌های مرتبط مصاحبه‌شوندگان در قالب یک داستان هدفمند به صورت گزارش آماده شد.

برای افزایش روایی و دقت پژوهش، از نمونه‌گیری با حداکثر تنوع، انجام مصاحبه‌های پایلوت، صرف زمان کافی برای انجام مصاحبه‌ها، بررسی موضوع از زوایای مختلف، جمع‌آوری هرچه بیشتر اطلاعات و شواهد، جمع‌آوری و تحلیل اسناد، مقایسه دایم بین اطلاعات به دست آمده، ارسال یافته‌ها برای نمونه‌ای از مصاحبه‌شوندگان و لحاظ کردن نظرات تکمیلی آنها و تبادل نظر با همتایان استفاده شد. شرح دقیق محیط پژوهش و مراحل انجام پژوهش به پایایی و تعمیم‌پذیری نتایج پژوهش کمک می‌کند.

ملاحظات اخلاقی رعایت شده در این پژوهش عبارت بودند از اخذ کد اخلاق از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی تهران، آزاد بودن مصاحبه شوندگان نسبت به شرکت در مصاحبه، کسب اجازه درخصوص ضبط صدا، محرمانه تلقی کردن اطلاعات شخصی آنها و عدم دخالت نظرات شخصی پژوهشگران در مراحل جمع آوری، تحلیل و گزارش داده‌ها.

یافته‌ها

تعداد ۳۸ نفر از خیّرین سلامت و ۲۶ نفر از سیاستگذاران، مدیران و کارشناسان حوزه معاونت اجتماعی وزارت بهداشت و دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور در این پژوهش شرکت کردند. اطلاعات جمعیت شناختی مصاحبه‌شوندگان در جدول ۲ بیان شده است. بیشتر مصاحبه شوندگان مرد (۶۸/۸ درصد)، متأهل (۸۵/۹ درصد)، در رده سنی بالای ۵۵ سال (۴۵/۳ درصد)، دارای تحصیلات فوق لیسانس (۲۳/۵ درصد) و دارای ۲۰-۱۰ سال سابقه فعالیت در امور خیریه (۳۱/۲ درصد) بودند.

قوانین و مقررات کشور بر مشارکت خیّرین در نظام سلامت تأکید دارد. به عنوان مثال، در راستای اجرای بند ۱ اصل ۱۱۰ قانون اساسی سیاست‌های کلی سلامت به ارائه خدمات سلامت مطلوب توسط ارائه‌کنندگان خدمت در بخش‌های مختلف اشاره شده است. همچنین، ماده ۱۹۳ قانون برنامه سوم و ماده ۸۹ قانون برنامه چهارم به افزایش دسترسی مردم جامعه به خدمات بهداشتی و درمانی و ارتقای سطح کیفی خدمات سلامت و همچنین، انطباق ظرفیت مورد نیاز بر اساس سطح بندی خدمات با ظرفیت‌های موجود و ارایه حداقل استاندارد خدمات بهداشتی و درمانی کشور مبتنی بر سطح‌بندی خدمات تأکید می‌کند. در ماده ۶۵ قانون برنامه پنج‌ساله ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران به افزایش تأمین مالی از طریق خیّرین در دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالی، پژوهشی و فناوری اشاره شده است. در ماده ۱۰ قانون تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نیز به نقش وزارت بهداشت برای تشکیل مؤسسه، سازمان یا بنیاد خیریه بهداشتی درمانی به‌منظور هماهنگی و نظارت بر امور واحدهای بهداشتی درمانی خیّرین و تقویت آنها و تسهیل و تسریع در جریان امور و مقابله با بوروکراسی و تشریفات زاید اداری و جلب مشارکت مردمی و استفاده از کمک‌های افراد خیّر و نیز تقلیل هزینه‌ها اشاره شده است.

به طور کلی، خیرین در نظام سلامت ایران به ارائه خدمات سلامت در ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی در سطوح خدمات پیشگیری، درمانی و توانبخشی می پردازند (جدول شماره ۳).

مشارکت خیّرین در ارائه خدمات پیشگیری: نذر سلامت در سال‌های اخیر در حوزه سلامت مرسوم شده است. طرح نذر سلامت در راستای انجام مسئولیت اجتماعی بر پایه اعتقادات و نیت خیرخواهانه پزشکان و پیراپزشکان با هدف ارائه خدمات سلامت انجام می‌شود. یکی از مدیران ارشد حوزه معاونت اجتماعی، نذر سلامت را این‌گونه تعریف کرد: *"منظور از نذر سلامت این است که افراد نذرهای خود را به سمت حوزه سلامت بیاورند. ویزیت رایگان*

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-02-03]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1398.18.5.3.2]

بیماران، خرید تجهیزات پزشکی و تغذیه بیماران نیازمند از جمله نذرهای سلامت هستند." (M3) بنابراین، تعریف خیّر سلامت فقط محدود به ارائه خدمات تشخیصی و درمانی به بیماران نیازمند بی‌بضاعت نیست. یکی از مدیران ارشد وزارت بهداشت، گستره مشارکت خیّرین سلامت را این‌گونه بیان کرد: *"تعریف واژه خیّر سلامت خیلی گسترده است. خیّرینی که اسباب‌بازی و لباس برای کودکان مبتلا به بیماری تهیه می‌کنند، خیّرینی که به تأمین غذای خانوارهای بیمار کمک می‌کنند، خیّرینی که امور فنی مانند لوله‌کشی یا نقاشی ساختمان‌های بهداشتی و درمانی را بدون دریافت دستمزد انجام می‌دهند و یا گروهی از دندانپزشکان که به ارائه خدمات سلامت دندانپزشکی به صورت رایگان می‌پردازند، جزو خیّرین سلامت محسوب می‌شوند. این دسته از خیّرین از تخصصشان در حوزه سلامت استفاده می‌کنند."(M8)* یکی از رؤسای معاونت اجتماعی وزارت بهداشت هم به این موضوع اشاره کرد: *"فردی که تخصص، وقت و زمان خود را در حوزه سلامت صرف کند؛ به عنوان یک خیّر سلامت محسوب می‌شود. اگر افراد متخصص در حوزه سلامت، دانش و آگاهی خود را در ارتقای سلامت منتشر کنند، در واقع، با زکات علم خود، کار خیرخواهانه انجام می‌دهند."(M7)* یکی دیگر از سیاستگذاران ارشد نظام سلامت در امور خیّرین معتقد بود که: *"یکی از اشکال کمک خیّرین می‌تواند به صورت خدمات داوطلبانه باشد. برگزاری کلاس آموزشی، ویزیت یک بیمار نیازمند توسط پزشک و عدم دریافت هزینه از او و انجام کارهای فنی مثل سیم‌کشی مراکز درمانی بدون دریافت دستمزد نوعی فعالیت خیرخواهانه هستند."(M5)*

ارائه خدمات سلامت در سطح پیشگیری برای جلوگیری از بروز بیماری‌ها و ارتقای سلامت جامعه انجام می‌شود. مشارکت خیّرین سلامت در ارائه خدمات پیشگیری به صورت مشارکت‌های داوطلبانه‌ی فردی و گروهی است. در اسناد ابلاغ شده از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نیز به مشارکت خیّرین و داوطلبان سلامت اشاره شده است. به عنوان مثال، در ماده ۱ دستورالعمل استفاده از کلینیک‌های سیار دندانپزشکی برای ارائه خدمت در مناطق محروم و دورافتاده در سال ۱۳۹۶ در راستای طرح تحول سلامت دهان و دندان، به ارتقای فرهنگ داوطلبانه و جلب حمایت خیّرین در حوزه سلامت دهان و دندان اشاره شده است. ارائه خدمات پیشگیری به شکل فردی توسط پزشکان، پیراپزشکان و سایر افراد متخصص انجام می‌شود. در این حالت، فرد داوطلب با نیت خیرخواهانه و بدون عضویت در مؤسسه، مرکز و گروه سازمان‌یافته‌ای به ارائه خدمات پیشگیری می‌پردازد. یکی از پزشکان داوطلب گفت: *"من بعد از اتمام تحصیلات خود تصمیم گرفتم که به یکی از مناطق محروم بروم. علاوه بر طبابت در مرکز خدمات جامع سلامت، سایر نیازهای آن منطقه، مانند تأمین تغذیه سالم را داوطلبانه انجام می‌دهم و در ارتقای سلامت آن منطقه کمک می‌کنم."(D20)* همچنین، خیّرین می‌توانند با هماهنگی معاونت بهداشت دانشگاه‌های علوم پزشکی و دریافت اولویت‌های بهداشتی، در حوزه پیشگیری مشارکت داشته باشند. یکی از خیّرین فعال در شهر تهران و سمنان اظهار کرد: *"من فقط در حوزه بهداشت مشارکت می‌کنم. علاوه بر بازسازی مراکز بهداشتی، در تأمین مکمل‌های تغذیه‌ای* [ویتامین‌های] *رایگان برای ۳۶ هزار دانش آموز در شهر تهران با همکاری یک شرکت مشارکت داشتم."(D1)*

مشارکت خیّرین داوطلب به صورت گروهی از طریق مشارکت در سازمان‌های بهداشتی و درمانی، سازمان‌های مردم نهاد، مؤسسات خیریه و گروه‌های داوطلب انجام می‌گیرد. در بند ۱۱ سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری نیز به افزایش آگاهی، مسئولیت‌پذیری، توانمندی و مشارکت ساختارمند و فعالانه فرد، خانواده و جامعه در تأمین، حفظ و ارتقای سلامت با استفاده از ظرفیت نهادها و سازمان‌های فرهنگی، آموزشی و رسانه‌ای کشور تحت نظارت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اشاره شده است. یکی از مدیران ارشد وزارت بهداشت در این راستا چنین اظهار کرد: "افراد به شکل داوطلبانه می‌توانند در یک سازمان مردم‌نهاد سلامت ارائه خدمت کنند. *امروزه نباید به خیّر سلامت، دیدگاه سنتی داشته باشیم که فقط آنها* [خیّرین] *در ساخت و ساز مراکز درمانی به حوزه سلامت کمک کنند. گروه‌های داوطلب ارتقای سلامت نیز خیّرین سلامت هستند. افراد با تجربه گرانبها در حوزه سلامت می‌توانند تجارب خود را به دیگران منتقل کنند و در واقع به دیگران آموزش دهند. این‌گونه افراد نوعی فعالیت خیرخواهانه داوطلبانه را انجام می‌دهند."(M1)*

براساس ماده ۳ آیین‌نامه اجرایی تأسیس و فعالیت سازمان‌های غیردولتی در سال ۱۳۸۴ موضوع فعالیت سازمان مشتمل بر فعالیت‌های نیکوکاری و امور خیریه، حمایتی، بهداشت و درمان و توانبخشی و... است. آموزش و ارتقای سلامت جامعه یکی از اهداف مهم تشکیل سازمان‌های مردم نهاد سلامت است. به گفته مصاحبه شوندگان افراد با عضویت در سازمان‌های مردم‌نهاد و مؤسسات

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-02-03]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1398.18.5.3.2]

خیریه سلامت در قالب گروهی به ارائه خدمات پیشگیری می‌پردازند. یکی از مدیران سازمان مردم نهاد و خیریه سلامت در شهر تهران گفت: *"مؤسسه ما داوطلبان زیادی دارد. این افراد کمک مالی نمی‌کنند. مشارکت آنها* [داوطلبان] *در ارائه خدمات سلامت به جامعه کمک زیادی می‌کند. مثلاً پزشکانی به صورت رایگان دوره‌های آموزشی برای پیشگیری از سرطان برگزار می‌کنند. اقدام این افراد* [پزشکان داوطلب] *برای ارتقای سلامت جامعه بسیار ارزشمند است."(D15)* یکی دیگر از مدیران مؤسسه خیریه سلامت در شهر تهران معتقد بود که: *"بخش عظیمی از فعالیت‌های خیریه با مشارکت افراد داوطلب به صورت گروهی برای ارتقای سلامت انجام می‌شود. داوطلبان عضو مؤسسه خیریه در آموزش پیشگیری از سرطان نقش خوبی ایفا می‌کنند."(D8)*

پزشکان و صاحب‌نظران در حوزه بیماری‌های غیر واگیر می‌توانند به صورت داوطلبانه در سازمان‌های مردم نهاد نقش مؤثری داشته باشند. مدیر یک سازمان مردم نهاد سلامت چنین گفت: "یکی *از اهداف ما اطلاع‌رسانی، آموزش سلامت و پیشگیری است. افراد متخصص در حوزه سلامت در این امور* [پیشگیری و آموزش سلامت] *به صورت داوطلبانه با ما همکاری می‌کنند."(D38)* یکی از اعضای سازمان‌مردم‌نهاد سلامت هم چنین اظهار کرد: *"از کارهای خیریه‌ام ایجاد انجمن برای حمایت از بیماران مبتلا به سرطان با تعدادی از پزشکان بود. پزشکی فقط درمان بیماران نیست. پیشگیری و بهداشت از درمان مهم‌تر است. خیلی از پزشکان به صورت رایگان اعمال جراحی ارائه خدمت می‌کنند. داوطلبانی نیز امور تبلیغاتی مانند تهیه و توزیع بروشور، آموزش پیشگیری از بیماری‌ها و... را انجام می‌دهند."(D33)* یکی از خیّرین داوطلب دانشجو در راستای اجرای طرح داوطلبانه «چشمک به زندگی سالم» گفت: *"این طرح با حضور دانشجویان پزشکی و پیراپزشکی دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران در ایستگاه‌های متروی شهر تهران برگزار شد. در این طرح توزیع مکمل ویتامین D، اندازه‌گیری قند و فشار خون، قد، وزن و مشاوره برای تغذیه سالم به صورت رایگان ارائه شد."(D16)*

ارائه خدمات خیّرین داوطلب گاهی با هماهنگی و هدایت سازمان‌های دولتی از جمله دانشگاه‌های علوم پزشکی انجام می‌شود. در مواردی نیز تأمین مالی مورد نیاز برای انجام پروژه‌های گروه‌های داوطلب، با مشارکت مؤسسات خیریه و خیّرین انجام می‌شود. یک فرد فعال در یک گروه داوطلب دانشجویی چنین گفت: *"ما یک گروه داوطلب سلامت هستیم. در گروه پروژه‌های سلامت را تعریف می‌کنیم. با همکاری دانشگاه و با مشارکت دانشجویان پزشکی و پیراپزشکی پروژه خود را عملیاتی می‌کنیم. مثلاً یکی از اهداف گروه ما غربالگری بیماری‌های واگیر در مناطق محروم و غربالگری بیماری‌های غیرواگیر مانند اندازه‌گیری قند و فشار خون است. یکی از خیّرین شهر تهران تأمین مالی یکی از پروژه‌ها را تقبل کرد."(D16)*

ارائه خدمات پیشگیری در مناطق کمتر توسعه یافته و کم برخوردار کشور از اهمیت بیشتری برخوردار است. گروه‌های داوطلب سلامت با استقرار در مناطق محروم کشور به ارائه خدمات پیشگیری از جمله مشاوره، غربالگری، آموزش سلامت، توزیع مکمل‌های تغذیه‌ای و... می‌پردازند. یکی از کارشناسان حوزه خیّرین وزارت بهداشت گفت: *" پزشکان و پیراپزشکان زیادی در قالب فعالیت گروهی و عضویت در گروه‌های داوطلب و جهادی در مناطق محروم به ارائه خدمات پیشگیرانه سلامت اقدام می‌کنند."(M18)* یکی از مدیران وزارت بهداشت هم معتقد بود که: *"تعدادی از گروه‌های داوطلب با هماهنگی سازمان‌های مربوطه و با حضور در اماکن مذهبی مانند مساجد به غربالگری و آموزش سلامت می‌پردازند. مشارکت داوطلبان سلامت در مباحثی مانند اندازه‌گیری قند، فشارخون، مشاوره تغذیه، توزیع دارو و مکمل‌های غذایی در حوزه سلامت کمک‌کننده است."(M8)*

طرح داوطلبان سلامت محله با هدف جلب مشارکت جامعه در حوزه بهداشت یکی دیگر از اقدامات ارائه خدمات داوطلبانه گروهی است. داوطبان سلامت محلات نقش مؤثری در جلب مشارکت خیّرین در حوزه پیشگیری و بهداشت دارند. در دستورالعمل کشوری جلب مشارکت خیّرین و واقفین سلامت در سال ۱۳۹۳ به هدایت کمک‌ها، نذورات و منابع خیّرین در راستای اهداف نظام سلامت و تقویت توان و ظرفیت داوطلبان سلامت محلات برای جلب مشارکت‌های عام المنفعه اشاره شده است. یکی از رؤسای اداره خیّرین و مؤسسات خیریه سلامت وزارت بهداشت در این زمینه چنین گفت: *" داوطلبان سلامت محلات در مناطق مختلف کشور فعالیت می‌کنند. این‌گونه افراد* [داوطلبان سلامت محلات] *آموزش چهره به چهره در حوزه پیشگیری دارند. این افراد در جلب مشارکت خیّرین محلی نیز کمک می‌کنند."(M27)*

مشارکت خیّرین سلامت فقط محدود به پزشکان و پیراپزشکان نیست. سایر گروه‌های جامعه نیز در ارتقای سلامت جامعه مشارکت

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-02-03]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1398.18.5.3.2]

دارند. یکی از داوطلبان جوان اشاره کرد: *"زمینه‌ی شغلی من طراحی لباس است. من به کار داوطلبانه در حوزه سلامت علاقه دارم. خدمات داوطلبانه‌ای را در زمینه بهداشت و سلامت جامعه ارائه می‌دهم. به طور مثال، در یک پروژه به صورت داوطلبانه در تأمین و توزیع تغذیه و وسایل بهداشتی در یک منطقه محروم حضور داشتم."(D2)* یکی از افراد خیّر عضو گروه داوطلب سلامت گفت: *"من در یکی از گروه‌های داوطلب سلامت فعال در مناطق محروم عضو هستم. رشته‌ی من مرتبط با حوزه سلامت نیست. فعالیت‌هایی مانند تعمیرات تجهیزات مورد نیاز گروه‌های داوطلب را به صورت رایگان انجام می‌دهم."(D21)*

مشارکت خیّرین در ارائه خدمات درمانی و توانبخشی

خیّرین در ارائه خدمات درمانی و توانبخشی هم مشارکت فعالی دارند. خدمات متنوع تشخیصی و درمانی در مراکز درمانی خیریه ارائه می‌شود. این مراکز درمانی خیریه در قالب بیمارستان‌های خیریه (عمومی، تک تخصصی و چند تخصصی)، مراکز جراحی محدود، مراکز خدمات سرپایی سلامت و واحدهای پاراکلینیک به ارائه خدمات درمانی می‌پردازند. آیین‌نامه تأسیس و اداره مراکز خیریه بهداشتی و درمانی در سال ۱۳۸۰ تدوین و در سال ۱۳۹۶ بازنگری شده است. براساس بند ۱ ماده ۶ این آیین‌نامه، مراکز درمانی خیریه از نظر مالی باید به نحوی اداره شوند که در هر زمان مؤسسه به صورت خیریه، غیرانتفاعی و عالم المنفعه باشد. همچنین، در بند ۳ ماده ۱ تفاهم نامه فی مابین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان اوقاف و امور خیریه به ارائه مجوز ساخت و توسعه مراکز درمانی در املاک موقوفه اشاره شده است.

طبق ماده ۴ آیین‌نامه تأسیس و اداره مراکز خیریه بهداشتی و درمانی، نظارت بر عملکرد فنی این مراکز شامل رعایت استانداردهای پزشکی، ضوابط مؤسسات تشخیصی، درمانی و تعرفه خدمات درمانی مطابق آیین‌نامه‌های مربوطه بر عهده معاونت درمان دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی است. در ماده ۱۰ قانون تشکیل وزارت بهداشت هم به نقش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بر هماهنگی و نظارت بر امور واحدهای بهداشتی و درمانی خیریه و تقویت و تسهیل و تسریع در جریان امور اشاره شده است. یکی از کارشناسان امور مراکز درمانی خیریه وزارت بهداشت در این زمینه چنین گفت: *"خیّرین به ساخت بیمارستان، مراکز دندانپزشکی، آزمایشگاه، درمانگاه سرپایی و سایر مراکز برحسب نیت خودشان*[خیّرین] *اقدام می‌کنند. اگر مدیریت مراکز خیریه نیز توسط خودشان*[خیّرین] *باشد، به عنوان یک مرکز خیریه محسوب می‌شوند. آنها باید تقاضای خود را از طریق معاونت درمان دانشگاه ارسال کنند و در سامانه صدور پروانه‌ها نیز درخواست خود را ثبت کنند. مسئول فنی بیمارستان باید پزشک باشد. آنها*[خیّرین] *باید هیئت مدیره‌ای را تشکیل دهند. سپس، ساخت بیمارستان را شروع کنند. بیمارستان بعد از اتمام ساخت و تجهیز، توسط خیّرین اداره می‌شود. در مواردی اداره و مدیریت بیمارستان به دانشگاه واگذار می‌شود."(M16)*

خیّرین برای ارائه خدمات سلامت در مراکز درمانی خیریه تعرفه مشخصی دارند. بخشنامه تعرفه خدمات تشخیصی و درمانی بخش خیریه در سال ۱۳۹۷ ابلاغ شده است. یکی از رؤسای معاونت اجتماعی وزارت بهداشت درخصوص ضوابط مرتبط با تعرفه‌های بیمارستان‌های خیریه گفت: *"خیّرین می‌توانند مرکز درمانی را به صورت کامل بسازند و طبق ضوابط وزارت بهداشت مجوز بگیرند. براساس قوانین و مقررات جاری به آنها مجوز داده می‌شود. خیّرین تحت نظارت معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی ارائه خدمت می‌کنند. قانون‌گذار برای تعرفه‌های مراکز درمانی کشور سه سطح تعرفه بیمارستان‌های دولتی؛ خصوصی و مراکز درمانی خیریه تعیین کرده است. تعرفه‌ی مراکز درمانی خیریه از مراکز درمانی دولتی بیشتر و از مراکز درمانی خصوصی کمتر است. بنابراین، برای یک مرکز درمانی خیریه که در اعتبارنامه و موافقت اصولی به عنوان مرکز خیریه ثبت شده است؛ یک نظام تعرفه‌گذاری مشخص وجود دارد."(M4)*

خیّرین پس از انجام مراحل قانونی با تعرفه مصوب و مشخص به ارائه خدمات سلامت در مراکز درمانی خیریه می‌پردازند. یکی از اهداف اساسنامه مجمع خیّرین سلامت کشور نیز ارائه پیشنهاد برای تصویب قوانین و مقررات لازم برای تسهیل و تسریع در ارائه خدمات به مؤسسات بهداشتی و درمانی دولتی و خیریه کشور به‌منظور توسعه فعالیت‌های بهداشتی، درمانی، آموزشی و تحقیقاتی در سطح کشور است. یکی از خیّرین شهر ارومیه نسبت به ساخت و ارائه خدمات سلامت یک کلینیک تخصصی برای بیماران مبتلا به سرطان چنین گفت: *"حدود ۲۰ سال پیش با کمک یک خیّر، درمانگاهی برای بیماران سرطانی راه‌اندازی شد. فعالیت درمانگاه در حال حاضر توسعه پیدا کرده است. یکی از پیشرفته‌ترین درمانگاه‌های تخصصی رادیوتراپی و شیمی درمانی در استان*[آذربایجان غربی] *را داریم."(D4)* فرد خیّری در شهر تهران

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-02-03]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1398.18.5.3.2]

اشاره کرد:*"چندسال گذشته یک درمانگاه مجهز به خدمات دندانپزشکی، آزمایشگاه و سایر خدمات تخصصی را با جمعی از خیّرین ساختیم. در حال ارائه خدمات با کیفیت خوبی هستیم. همچنین، شروع یک کلینیک جامع سرطان و شیمی درمانی را آغاز کرده‌ایم. مراحل اولیه آن انجام شده است."(D14)* یکی دیگر از خیّرین فعال در حوزه سلامت گفت: *"من با کمک سایر خیّرین یک درمانگاه برای بیماران دیالیزی و یک درمانگاه برای بیماران MS ساختیم. درمانگاه‌ها به صورت خودگردان است. در این درمانگاه ها به ارائه خدمات سلامت می‌پردازیم."(D15)* بسیاری از پزشکان متخصص در بخش خیریه به صورت رایگان به ارائه خدمات سلامت می‌پردازند. یکی از خیّرین استان آذربایجان غربی هم گفت: *"من در زادگاهم یک مرکز خدمات جامع سلامت را ساختم. یک پزشک از تهران به مدت ۳ روز ، تعداد زیادی عمل جراحی سرپایی خیریه و رایگان را برای اهالی منطقه انجام داد. بسیاری از افراد بیمار بعد از سلامتی خود ابراز خوشحالی کردند."(D28)*

بیمارستان‌های خیریه به صورت وقف شده یا غیر وقفی به صورت عمومی، تخصصی و فوق تخصصی به ارائه خدمات سلامت می‌پردازند. طبق بند ۶ ماده ۳ تفاهم نامه فی مابین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان اوقاف و امور خیریه در چارچوب قوانین و مقررات، وزارت بهداشت متعهد به صدور مجوز اراضی موقوفه با نیات و کاربری بهداشتی و درمانی و در چارچوب نیازسنجی جامع مشترک و مکان‌یابی طرح مناسب برای احداث بیمارستان، مراکز بهداشتی، دهکده سلامت و... است. در این راستا، یکی از مدیران بیمارستان عمومی خیریه‌ای در استان همدان چنین گفت: *" یک بیمارستانی را پدرم در حوزه سلامت وقف کردند. درحال حاضر به صورت خودگران با تعرفه مصوب مراکز خیریه ارائه خدمت می‌دهیم. از بیماران نیازمند هزینه‌ای دریافت نمی‌شود."(D5)* یکی از خیّرین شهر تهران هم گفت:*"من مدیریت یک کلینیک را بر عهده دارم. با تعرفه کمتر از تعرفه‌های دولتی ارائه خدمت می‌دهیم. خدمت‌گیرندگان رضایت کافی دارند. همچنین، زمین برای ساخت یک بیمارستان را هم وقف کردم."(D6)* مدیر بیمارستان خیریه‌ای در یکی از استان‌های کشور گفت: *"بیمارستان ۹۶ تختخوابی ما امسال در استان افتتاح شد. ابتدا ما کار را با ساخت کلینیک تخصصی شروع کردیم. باتوجه به نیاز منطقه بیمارستان تخصصی نیز افتتاح شد. مدیریت و اداره آن از طریق خودمان با تعرفه مصوب شده انجام می‌شود."(D4)* یکی دیگر از خیّرین گفت:*" ساخت یک بیمارستان تخصصی را در شهر اصفهان شروع کردیم که تا چند سال آینده به بهره‌برداری می‌رسد. در این بیمارستان به ارائه خدمات خواهیم پرداخت." (D19)* یکی از اعضای مجمع خیّرین کشور هم چنین بیان کرد: *"با مشارکت یکی از خیّرین ساخت بیمارستان فوق تخصصی خیریه برای بیماران MS آغاز شده است. خیّرین به اولویت‌های حوزه سلامت توجه می‌کنند."(D3)*

همچنین، خیّرین به ارائه خدمات سلامت در منزل بیماران نیازمند می‌پردازند. ارائه خدمات حمایتی مراقبت در منزل به صورت رایگان شامل ویزیت پزشکان، پرستاران، روانپزشکان و روان‌شناسان، مراقب‌های معنوی، مشاوره، فیزیوتراپی، ارائه تجهیزات و لوازم پزشکی مورد نیاز بیماران در منزل و... است. تعدادی از مؤسسات خیریه با همکاری خیّرین و داوطلبان سلامت اقدام به ارائه چنین خدماتی برای بیماری‌های مزمن مانند سرطان نموده‌اند. از طرفی، در بند «ک» ماده ۹۷ قانون برنامه پنج ساله چهارم توسعه، به ساماندهی و توسعه مشارکت‌های مردمی و خدمات داوطلبانه در عرصه بهزیستی و برنامه‌ریزی و اقدامات لازم برای حمایت از مؤسسات خیریه و غیردولتی با رویکرد بهبود فعالیت اشاره شده است. خدمات خیّرین و داوطلبان برای ارائه خدمات سلامت در منزل بیماران نیازمند، هنوز به طور گسترده شکل نگرفته است. رئیس اداره خیّرین وزارت بهداشت چنین گفت: *"بعضی از مؤسسات خیریه با همکاری پزشکان خیّر و داوطلبان سلامت به ارائه خدمات و مراقبت‌ها در منزل بیمار می‌پردازند. یک فرد پزشک را می‌شناسم که وارد حوزه خدمات طب تسکینی و مراقبت در منزل شده است."(M9)* یکی از نمایندگان مؤسسه خیریه‌ای در شهر تهران گفت:*"مؤسسه خیریه‌ی ما ارائه خدمات مراقبت در منزل را برای بیماران مبتلا به سرطان در شهر تهران شروع کرده است. برای کنترل بیماری سرطان خدمات طب تسکینی و حمایتی هم انجام می‌دهیم."(D22)*

خدمات ارائه شده توسط خیّرین فقط محدود به بعد جسمی سلامت نیست و ابعاد روحی، روانی و اجتماعی سلامت را هم پوشش می‌دهد. طبق دستورالعمل نحوه برخورداری مؤسسات خیریه عام‌المنفعه از معافیت موضوع بند «ط» ماده ۱۳۹ اصلاحی قانون مالیات‌های مستقیم، کمک‌ها و هدایای دریافتی نقدی و غیر نقدی مؤسسه خیریه عام المنفعه به مصرف اموری از جمله بهداشت و درمان، کمک به مستضعفان و آسیب دیدگان حوادث ناشی از سیل،

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-02-03]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1398.18.5.3.2]

زلزله و آتش‌سوزی، جنگ و حوادث غیر مترقبه می‌تواند برسد. همچنین، براساس آیین‌نامه اجرایی ماده۱۰ قانون الحاق برخی مواد به قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت، دستگاه‌های اجرایی موضوع ماده ۵ قانون مدیریت خدمات کشوری مصوب ۱۳۸۶، به جز نهادهای عمومی غیردولتی، مجازند تا کلیه پروژه‌های نیمه‌تمام دولتی را بر اساس تفاهم‌نامه با خیّرین و با استفاده از مشارکت آنها تکمیل کنند. در نتیجه، خیّرین در زلزله سال ۱۳۹۶ کرمانشاه با عقد تفاهم‌نامه‌های مشترک به مشارکت در ساخت و بازسازی مراکز بهداشتی و درمانی تخریب شده با هماهنگی و نظارت دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه پرداختند. یکی از رؤسای حوزه خیّرین وزارت بهداشت اظهار کرد: "بعد از زلزله کرمانشاه اقدامات مناسبی با مشارکت خیّرین انجام شد. *هزاران بسته مکمل غذایی برای کودکان توزیع شد. مبلغ مشارکت خیّرین برای ساخت و بازسازی مراکز بهداشتی و درمانی آسیب دیده حدود ۱۴۰۰ میلیارد ریال بود. تفاهم‌نامه‌هایی با خیّرین، مؤسسات خیریه و شرکت‌هایی در راستای مسئولیت اجتماعی منعقد شد."(M27)* همچنین، دستورالعمل پلاک‌کوبی اموال اهدایی در سال ۱۳۹۶ برای ایجاد انگیزه در تقویت مشارکت خیّرین و واقفین حوزه سلامت ابلاغ شده است. رئیس اداره خیّرین وزارت بهداشت در این زمینه چنین گفت: *"خیّرین در ساخت ۸ مراکز خدمات جامع سلامت و ۵۰ خانه بهداشت پس از زلزله کرمانشاه مشارکت داشتند. تابلوگذاری و پلاک‌کوبی به نام خیّرین مشارکت‌کننده در ساخت و بازسازی این واحدهای ارائه خدمات بهداشتی و درمانی در حال پیگیری و انجام است."(M9)*

افزایش بیماری‌های مزمن و اقامت طولانی مدت بیماران در بیمارستان‌ها، مشکلات روحی، روانی، اجتماعی و اقتصادی برای بیماران و همراهان آنها به وجود می‌آورد. در نتیجه، خیّرین سلامت در سالیان اخیر با ارائه خدماتی به کاهش فشارهای روحی و روانی بیماران و همراهان آنها کمک کرده‌اند. در این راستا یکی از خیّرین شهر تهران گفت: *"در درمانگاه علاوه بر درمان بیماران، تعدادی از بیماران نیازمند و خانواده‌های آنها را حتی پس از ترخیص تحت پوشش قرار دادیم. ماهانه تهیه و توزیع سبد غذایی، پوشاک، لوازم تحریر در زمان بازگشایی مدارس و... را تعدادی از خیّرین بر عهده دارند."(D14)* همچنین، یکی از مدیران وزارت بهداشت گفت: *"خیّرین به همراهان بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن مثل سرطان، از طریق همراه‌سراها کمک می‌کنند. مثلاً در کنار یکی از بیمارستان‌های کودکان در شهر تهران همراه‌سرایی ایجاد شده است. همراه‌سرا به همراهان کودکان بیمار خدمات اقامتی و تغذیه‌ای مناسب ارائه می‌کند."(M9)* یکی از کارشناسان حوزه خیّرین وزارت بهداشت بیان کرد: *"فرد خیّری با ثبت مؤسسه خیریه خود و مشارکت سایر خیّرین اقدام به ساخت و توسعه همراه‌سراها در کشور کرده است. تاکنون ۸۴ همراه‌سرا در کشور فعال هستند. همراه‌سراها به تأمین نیازهای همراهان بیماران می‌پردازند."(M18)* یکی از خیّرین هم چنین گفت: *"خیّرین برای رفاه همراهان بیمار به دلیل اقامت طولانی مدت برای درمان یک همراه سرا با ۳۲ سوئیت را ساختند."(D4)* حمایت اجتماعی و اقتصادی خیّرین باعث تسهیل در بهبودی بیماران می‌شود. اینگونه خدمات حمایتی باعث ارتقای سلامت روحی و روانی بیماران و همراهان آنها خواهد شد.

به‌طور کلی، خیّرین در نظام سلامت ایران به ارائه خدمات سلامت در ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی در سطوح خدمات پیشگیری، درمانی و توانبخشی می‌پردازند (جدول ۳).

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-02-03]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1398.18.5.3.2]

جدول۱: اسناد، قوانین و مقررات مرتبط با مشارکت خیّرین در ارائه خدمات سلامت

	عنوان سند	سال
۱	قانون تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (ماده ۱۰)	۱۳۶۴
۲	قانون برنامه پنج ساله سوم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی	۱۳۷۹
۳	آیین نامه تأسیس و اداره مراکز خیریه‌ی بهداشتی درمانی	۱۳۸۰
۴	دستورالعمل نحوه برخورداری موسسات خیریه عام المنفعه از معافیت موضوع بند (ط) ماده ۱۳۹ اصلاحی قانون مالیات‌های مستقیم	۱۳۸۰
۵	قانون برنامه پنج ساله چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی (بند ک ماده ۹۷)	۱۳۸۳
۶	آیین نامه اجرایی تأسیس و فعالیت سازمان‌های غیردولتی (ماده ۳)	۱۳۸۴
۷	اساسنامه مجمع خیّرین سلامت کشور	۱۳۸۸
۸	قانون برنامه پنج ساله پنجم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی	۱۳۸۹
۹	سیاست‌های کلی سلامت (بند ۱۱)	۱۳۹۳
۱۰	دستورالعمل کشوری جلب مشارکت خیّرین و واقفین سلامت	۱۳۹۳
۱۱	تفاهم‌نامه فی مابین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان اوقاف و امور خیریه	۱۳۹۳
۱۲	آیین نامه‌ی ماده ۱۰ الحاق قانون تنظیم مربوط به تکمیل پروژه‌های نیمه تمام با مشارکت خیّرین	۱۳۹۴
۱۳	قانون برنامه پنج ساله ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی	۱۳۹۵
۱۴	دستورالعمل پلاک‌گذاری اموال اهدایی از سوی خیّرین به دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور	۱۳۹۶
۱۵	دستورالعمل استفاده از کلینیک‌های سیار دندانپزشکی برای ارائه خدمت در مناطق محروم/دورافتاده	۱۳۹۶
۱۶	تصویب‌نامه تعرفه خدمات تشخیصی و درمانی بخش خیریه	۱۳۹۷

جدول ۲: اطلاعات جمعیت شناختی مصاحبه شوندگان

	خیّرین		مدیران و کارشناسان		کل	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
جنسیت						
زن	۱۲	۳۱/۶	۸	۳۰/۸	۲۰	۳۱/۲
مرد	۲۶	۶۸/۴	۱۸	۶۹/۲	۴۴	۶۸/۸
تأهل						
غیر متأهل	۶	۱۵/۷	۳	۱۱/۶	۹	۱۴/۱
متأهل	۳۲	۸۴/۳	۲۳	۸۸/۴	۵۵	۸۵/۹
سن						
۲۵ -۳۵	۶	۱۵/۸	۳	۱۱/۶	۹	۱۴/۱
۳۶-۴۵	۴	۱۰/۵	۱۰	۳۸/۵	۱۴	۲۱/۹
۴۶-۵۵	۱۰	۲۶/۳	۲	۷/۶	۱۲	۱۸/۷
بالای ۵۵	۱۸	۴۷/۴	۱۱	۴۲/۳	۲۹	۴۵/۳
وضعیت تحصیلی						
زیردیپلم	۴	۱۰/۵	۰	۰	۴	۶/۲
دیپلم	۹	۲۳/۷	۰	۰	۹	۱۴/۱
فوق دیپلم	۵	۱۳/۲	۰	۰	۵	۷/۸
لیسانس	۷	۱۸/۴	۵	۱۹/۲	۱۲	۱۸/۷
فوق لیسانس	۹	۲۳/۷	۶	۲۳/۱	۱۵	۲۳/۵
دکترا تخصصی	۳	۷/۸	۶	۲۳/۱	۹	۱۴/۱
پزشک عمومی	۱	۲/۷	۹	۳۴/۶	۱۰	۱۵/۶
سابقه فعالیت						
۱-۱۰	۱۲	۳۱/۶	۳	۱۱/۶	۱۵	۲۳/۵
۱۰-۲۰	۹	۲۳/۷	۱۱	۴۲/۲	۲۰	۳۱/۲
۲۰-۳۰	۶	۱۵/۸	۹	۳۴/۶	۱۵	۲۳/۵
بالای ۳۰	۱۱	۲۸/۹	۳	۱۱/۶	۱۴	۲۱/۸

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-02-03]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1398.18.5.3.2]

جدول ۳: نحوه مشارکت خیّرین در ارائه خدمات سلامت

موضوعات اصلی	موضوعات فرعی
مشارکت خیّرین در ارائه خدمات پیشگیری	مشارکت فردی در ارتقاء سلامت
	مشارکت گروهی در ارتقاء سلامت
مشارکت خیّرین در ارائه خدمات درمانی و توانبخشی	ارائه خدمات سلامت در مراکز درمانی خیریه
	ارائه مراقبت سلامت در منزل

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف تبیین نحوه مشارکت خیّرین در ارائه خدمات سلامت در کشور ایران انجام شد. تعریف خیّر سلامت فقط محدود به ارائه خدمات تشخیصی و درمانی به بیماران بی‌بضاعت نیست. خیّرین سلامت افرادی هستند که به‌صورت فردی یا گروهی با مشارکت داوطلبانه در حاکمیت، تأمین مالی، تولید منابع و ارائه خدمات سلامت در تأمین، حفظ و ارتقای سلامتی مردم جامعه مشارکت دارند. خیّرین در نظام سلامت ایران به ارائه خدمات سلامت در ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی در سطوح خدمات پیشگیری، درمانی و توانبخشی می‌پردازند. مشارکت خیّرین در ارائه خدمات پیشگیری بیشتر به صورت خدمات ارتقای سلامت نظیر آموزش و مشاوره‌های بهداشتی، غربالگری بیماری‌ها، پیشگیری از بروز بیماری‌ها و ارتقای سلامت است که به صورت فردی و غیر سازمان‌یافته یا گروهی و سازمان‌یافته انجام می‌گیرد. خیّرین به طور مستقیم با ارائه خدمات سلامت و به طور غیر مستقیم با ارائه خدمات پشتیبانی مثل ساخت و تعمیر بیمارستان‌ها و مراکز بهداشتی و درمانی و تعمیر تجهیزات پزشکی مشارکت دارند. پزشکان و پیراپزشکان علاوه بر اشتغال در سازمان‌های بهداشتی و درمانی و انجام وظایف روتین خود، می‌توانند خدمات داوطلبانه فردی برای ارتقای سلامت جامعه انجام دهند.

همچنین، خیّرین سلامت با عضویت در سازمان‌های مردم نهاد و مؤسسات خیریه سلامت، گروه‌های داوطلب و سازمان‌های بهداشتی و درمانی به ارائه خدمات سلامت می‌پردازند. گروه‌های داوطلب سلامت در راستای ارتقای سلامت جامعه به طور عمده در مناطق محروم و کم توسعه کشور خدمت‌رسانی می‌کنند. آموزش و افزایش آگاهی داوطلبان سلامت و سهیم کردن آنها در مسئولیت ارتقای سلامت جامعه منجر به مشارکت بیشتر آنها در پروژه‌های بهداشتی و درمانی می‌شود. بیش از ۲۰۰ گروه داوطلب در حوزه سلامت در سال ۱۳۹۷ در کشور وجود داشتند که خدمات رایگان سلامت ارائه می‌دادند. به عنوان مثال، بالغ بر ۱۲۰،۰۰۰ خدمت رایگان دندانپزشکی از طریق توزیع ۸۰ کلینیک سیار دندانپزشکی در دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور با کمک خیّرین دندانپزشک و گروه‌های داوطلب انجام شده است[۱۲]. برنامه داوطلبان سلامت محله نمونه‌ای از مشارکت خیّرین سلامت در پروژه‌های بهداشتی محلی است. داوطلبان سلامت محلات افرادی هستند که جزو خانوارهای تحت پوشش مرکز بهداشت ارائه‌کننده خدمات سلامت بوده و به طور داوطلبانه در راستای ارتقای سلامت خانواده و محله خود با مرکز بهداشت همکاری می‌کنند. این افراد رابط مراکز بهداشتی با سطوح محیطی جامعه بوده و آموزش‌های دریافتی از مراکز بهداشتی را به خانوارهای تحت پوشش خود منتقل می‌کنند. خیّرین سلامت از ظرفیت بالایی برای افزایش سواد سلامت مردم برخوردار هستند.

مؤسسه خیریه سلامت، سازمانی غیردولتی، غیرانتفاعی و عام المنفعه است که برای ارائه خدمات بهداشتی و درمانی به آحاد مردم جامعه تشکیل می‌شود. مجمع خیّرین سلامت با هدف شناسایی خیّرین سلامت کشور و و هدایت کمک‌های آنها به سمت اولویت‌های حوزه سلامت در سال ۱۳۸۸ تشکیل شد. مؤسسات خیریه سلامت و مجمع خیّرین سلامت، به عنوان سازمان‌های مردم نهاد مستقل به تأمین مالی نظام سلامت کشور کمک می‌کنند. خیّرین اعتماد بیشتری به سازمان‌های غیردولتی و مردم‌نهاد از جمله مجمع خیّرین سلامت دارند [۱۰]. مؤسسات خیریه باید نقش فعال‌تری در توسعه منابع مالی خود داشته باشند. آنها با سرمایه‌گذاری برنامه‌ریزی شده منابع مالی محدود خود، می‌توانند برای سال‌های بیشتری به تعداد بیشتری از افراد نیازمند کمک کنند. خیّرین، خدمات درمانی و توانبخشی را در مراکز درمانی خیریه نظیر بیمارستان‌ها، مراکز جراحی محدود، درمانگاه‌ها و مراکز پاراکلینیک خیریه یا در منزل بیماران ارائه می‌دهند. کمک‌های خیّرین در این زمینه شامل تشخیص به موقع بیماری، درمان مناسب آن، جلوگیری از سیر پیشرفت بیماری و ناتوانی از طریق ارائه خدمات در مراکز درمانی خیریه و ارائه مراقبت سلامت در منزل است.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-02-03]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1398.18.5.3.2]

تعداد ۸۹۰ مؤسسه خیریه سلامت در سال ۱۳۹۷ در کشور وجود داشت که شامل ۴۰۷ مرکز درمانی خیریه، ۳۸ بیمارستان خیریه و ۳۷۰ درمانگاه خیریه بودند [۱۲]. بیمارستان‌های خیریه کشور حدود ۳/۸ درصد بیمارستان‌های کشور و با ۴۳۷۰ تخت فعال، حدود ۳/۴ درصد تخت‌های بیمارستانی کشور را تشکیل دادند [۱۶]. سیاستگذاران نظام سلامت باید با بکارگیری اقدامات مناسب زمینه مشارکت بیشتر موسسات خیریه را در ارائه خدمات بیمارستانی فراهم کنند. تعرفه‌ی مراکز درمانی خیریه از مراکز درمانی خصوصی کمتر و از مراکز درمانی دولتی بیشتر است. در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی خیریه قسمتی از هزینه‌ها از بیماران دریافت می‌شود و مابقی هزینه‌ها توسط خیّرین پرداخت می‌شود. با این وجود، بیمارستان‌های خیریه از کیفیت و کارایی پایین‌تری برخوردار هستند [۱۷]. بیماران انتظار دریافت خدمات با کیفیت، ایمن و اثربخش از بیمارستان‌ها دارند [۱۸]. بنابراین، مدیریت بیمارستان‌ها و مراکز درمانی خیریه باید تقویت شود تا با ارتقای کیفیت خدمات و افزایش کارایی سازمانی [۱۹]، امکان ارائه خدمات سلامت خیریه را در بلندمدت تضمین کند.

با توجه به افزایش هزینه‌های بیمارستان‌ها و مراکز درمانی تدابیری باید برای تقویت خدمات بعد بیمارستانی اندیشیده شود تا بیمار پس از دریافت خدمات بیمارستانی، دوره نقاهت خود را در منزل یا مراکز پرستاری با هزینه کمتر بگذراند. خیّرین، مؤسسات خیریه و داوطلبان سلامت از ظرفیت خوبی برای ارائه خدمات بعد بیمارستانی برخوردار هستند. استفاده از پزشکان و پرستاران داوطلب و خیّر برای ویزیت در منزل، مراقبت در منزل و پیگیری بیماری، منجر به ارتقای سلامت بیماران در ابعاد جسمی، روحی و اجتماعی می‌شود و تقویت مشارکت اجتماعی در نظام سلامت می‌شود.

خیّرین سلامت در ارائه خدمات حمایتی نظیر ارائه خدمات به همراهان بیماران نیز نقش فعالی در ایران دارند. با افزایش بیماری‌های مزمن و اقامت طولانی مدت بیماران در بیمارستان‌ها، ساخت همراه‌سراها برای کاهش مشکلات اقامتی همراهان بیماران و افزایش رفاه و آسایش و کاهش هزینه آنها مفید به نظر می‌رسد. بنابراین، مشارکت خیّرین در ساخت همراه‌سراها منجر به کاهش بار اقتصادی بیماری برای بیماران و ارتقای سلامت روحی روانی آنها می‌شود. همچنین، خیّرین در ارائه خدمات در بحران‌ها و بلایا نیز نقش مؤثری دارند. با این وجود، ارائه خدمات خیّرین در بحران‌ها و بلایا نیازمند ساماندهی بیشتر از سوی سیاستگذاران و مدیران حوزه سلامت است.

علاوه‌براین، مشارکت خیّرین سلامت باید در حوزه‌های آموزش، تحقیق و توسعه در علوم پزشکی هم تشویق شود. تحقیقات کاربردی در علوم پزشکی زمانبر و مستلزم هزینه زیادی است. خیّرین سلامت با مشارکت مالی در تأمین مالی دانشگاه‌ها و مراکز تحقیقاتی می‌توانند در تولید محصولات دانش بنیان نظیر تجهیزات و ملزومات پزشکی و داروها مشارکت داشته باشند. خیّرین سلامت می‌توانند مشارکت فعالی در تحقیقات علوم پزشکی برای کشف علل بیماری‌ها و توسعه روش‌های درمانی و کشف داروهای موثر داشته باشند. همچنین، آنها می‌توانند در حوزه آموزش علوم پزشکی هم مشارکت فعالی داشته باشند و با بورس دانشجویان علوم پزشکی با استعداد، به توسعه دانش علوم پزشکی کشور کمک کنند.

عوامل اجتماعی، مذهبی و اقتصادی نظیر آگاهی از نیاز دیگران، نوع‌دوستی، مذهب، ارزش‌ها، سودمندی نتایج حاصله، کسب شهرت و میزان درآمد بر فعالیت‌های خیرخواهانه افراد تأثیر دارد [۲۱-۲۰]. هوش معنوی و اعتقادات مذهبی تأثیر زیادی بر مسئولیت‌پذیری و انگیزه کار اجتماعی خیّرین و در نتیجه نیت آنها برای مشارکت در نظام سلامت دارد [۲۲]. تقویت نیت رفتار خیّرین، احتمال انجام آن را بیشتر خواهد کرد. خیّرین در حوزه‌های مختلف نظیر ساخت اماکن مذهبی، آموزش و پرورش، بهزیستی و سایر حوزه‌های مرتبط با رفاه اجتماعی مشارکت دارند. بنابراین، رقابتی بین بخش‌های مختلف کشور در کسب منابع مالی خیّرین وجود دارد. از طرف دیگر، رکود اقتصادی منجر به کاهش مشارکت خیّرین در تأمین مالی، تولید منابع و ارائه خدمات سلامت خواهد شد. بنابراین، سیاستگذاران و مدیران نظام سلامت با برنامه‌ریزی، سازماندهی، هدایت و نظارت صحیح باید مشارکت خیّرین را هدفمند نموده و از موازی‌کاری‌ها و اتلاف منابع اجتناب کنند. وزارت بهداشت باید با شناسایی مخاطرات بهداشتی و بار بیماری‌ها در کشور و آگاهی از ظرفیت سازمان‌های مختلف دولتی و غیر دولتی در تأمین مالی و ارائه خدمات سلامت، به طور منسجم و هماهنگ از منابع موجود برای ارائه خدمات سلامت اثربخش و کارآمد استفاده کند. رسانه‌های عمومی و شبکه‌های اجتماعی مجازی نقش بسزایی در اطلاع‌رسانی نیازهای بهداشتی و درمانی مردم دارند. مشارکت خیّرین در نظام سلامت کشور باید هدفمند و هماهنگ صورت گیرد تا منجر به ارتقا و حفظ سلامتی مردم شود.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-02-03]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1398.18.5.3.2]

شرکت‌های صنعتی و تولیدی در راستای مسئولیت اجتماعی و اهداف بشردوستانه خود می‌توانند مشارکت فعالی در فعالیت‌های خیریه داشته باشند. بنابراین، دانشگاه‌های علوم پزشکی باید به طور فعالانه با ارائه اطلاعات و آگاهی‌های لازم در زمینه حوزه و نحوه مشارکت آنها در امور خیریه سلامت، فعالیت‌های خیریه آنها را هدفمند و هماهنگ کنند. مشارکت این شرکت‌ها در امور خیریه منجر به ایجاد انگیزه در کارکنان آنها در فعالیت‌های خیریه خواهد شد. مشارکت مالی این شرکت‌ها می‌تواند صرف توسعه و تجهیز مراکز بهداشتی و درمانی، تأمین منابع انسانی مورد نیاز و اجرای برنامه‌های بهداشتی و درمانی شود.

قوانین و مقررات کشور بر مشارکت خیّرین در نظام سلامت تأکید داشته است. به عبارتی، ظرفیت قانونی برای تقویت مشارکت خیّرین در نظام سلامت ایران وجود دارد. بنابراین، ساختارها و مکانیزم‌های لازم باید ایجاد شوند تا از ظرفیت قانونی ایجاد شده حداکثر استفاده به عمل آید. ایجاد اداره کل خیّرین و مؤسسات خیریه سلامت در وزارت بهداشت، نقش بسزایی در شناسایی و سازماندهی مناسب خیّرین سلامت و تقویت مشارکت آنها در نظام سلامت کشور داشته است. شناسایی، هدایت و حمایت از ظرفیت‌های امور خیریه و اوقاف، برنامه‌ریزی و ساماندهی استفاده از ظرفیت‌های مردمی ایرانیان مقیم خارج از کشور و تقویت مشارکت خیّرین و مؤسسات خیریه به صورت هبه، نذر سلامت و فعالیت داوطلبانه از جمله وظایف این اداره کل بود. تدوین و ابلاغ قوانین، بخشنامه‌ها و دستورالعمل‌های مرتبط با جذب، مدیریت و کنترل مشارکت خیّرین سلامت، عقد تفاهم‌نامه‌هایی بین وزارت بهداشت و سازمان اوقاف و امور خیریه، وزارت امور خارجه و بانک قرض الحسنه مهر ایران، تصویب اصلاحیه تعرفه‌های مراکز درمانی خیریه، تشکیل مؤسسات خیریه حامی بیمارستان‌های دولتی و دستورالعمل پلاک‌گذاری اموال اهدایی از جمله اقدامات این اداره کل بود که نقش بسزایی در توسعه مشارکت خیّرین در نظام سلامت ایران داشته است [۱۰].

مدیریت ارتباط با خیّرین و جلب اعتماد آنها از اهمیت بسیار زیادی برخوردار است. خیّرین می‌خواهند مطمئن شوند که مشارکت آنها در بخش سلامت نتایج ارزشمندی به دنبال داشته است. جلب اعتماد خیّرین بر مشارکت آتی آنها اثر مثبتی دارد [۲۳]. بنابراین، مدیران بیمارستان‌ها و مراکز درمانی باید به صورت دوره‌ای با برگزاری جلسات با خیّرین سلامت، نتایج مشارکت‌های آنها را گزارش داده و حوزه‌های جدید نیازمند مشارکت آنها را معرفی کنند تا منجر به تداوم تعهد آنها شود. همچنین، قدردانی از مشارکت خیّرین سلامت، انگیزه‌ای برای تقویت مشارکت آنها محسوب می‌شود. بیمارستان‌ها با توجه به افزایش هزینه‌های ارائه خدمات سلامت، با کمبود شدید منابع مالی مواجه هستند. ایجاد مؤسسه خیریه حامی بیمارستان نقش مهمی در جذب خیّرین و ساماندهی و هدفمندی کمک‌های آنها برای رفع نیازهای زیر ساختی، تجهیزاتی، دارویی و حمایتی بیمارستان‌ها دارد و فرآیند مشارکت خیّرین در بیمارستان‌های دولتی را تسهیل می‌کند.

این پژوهش با رویکرد اکتشافی و توضیحی کیفی و با استفاده از نظرات سیاستگذاران، مدیران و کارشناسان حوزه معاونت اجتماعی وزارت بهداشت و دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور به تبیین مشارکت خیّرین در ارائه خدمات سلامت در ایران پرداخت. همچنین، تحلیل اسناد مرتبط به غنای اطلاعاتی این پژوهش افزود. خیّرین سلامت به طور مستقیم با ارائه خدمات پیشگیری، درمانی و توانبخشی در تأمین، حفظ و ارتقای سلامتی مردم جامعه مشارکت دارند. همچنین، آنها به‌طور غیر مستقیم با ارائه خدمات پشتیبانی نظیر ساخت، تجهیز و تعمیر بیمارستان‌ها و مراکز بهداشتی و درمانی، تأمین منابع بخش سلامت، آموزش و تحقیقات علوم پزشکی و حمایت از بیماران و خانواده آنها در ارائه خدمات سلامت سهیم هستند. با این وجود، پژوهش‌های کیفی بهتر است با پژوهشهای کمی تکمیل شوند تا به نتایج جامع و کاربردی‌تری دست یافت. بنابراین، پیشنهاد می‌شود که پژوهشگران با انجام مطالعات کمی به بررسی میزان مشارکت خیّرین در ارائه خدمات سلامت ایران بپردازند.

سهم نویسندگان

علی محمد مصدق‌راد: مجری پژوهش، طراحی پژوهش، تحلیل داده‌ها، نگارش مقاله

مریم تاجور: مجری پژوهش، طراحی پژوهش، نگارش مقاله

فاطمه احتشامی: مجری پژوهش، جمع‌آوری داده‌ها، تحلیل داده‌ها، نگارش مقاله

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل بخشی از پایان نامه کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی با عنوان "ارائه الگوی مشارکت خیّرین در نظام سلامت ایران" بود که با حمایت دانشگاه علوم پزشکی و

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-02-03]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1398.18.5.3.2]

خدمات بهداشتی درمانی تهران اجـرا شـد. نویسـندگان مقالـه لازم می‌دانند از همکاری کلیه افراد شرکت‌کننده در این پژوهش به ویژه مدیران و کارشناسان اداره کل خیّرین و مؤسسـات خیریـه سـلامت تشکر و قدردانی کنند. همچنین، نویسندگان از داوران محترمی کـه با انتقادات سازنده و بیان نظرات کارشناسی خود به ارتقـای کیفیـت این مقاله کمک کردند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌کنند.

منابع

1. Mosadeghrad AM. Essentials of healthcare organization and management. 1st Edition, Dibagran Tehran: Tehran, 2015 [Book in Persian]

2. WHO. Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes. WHO's framework for action. Geneva: World Health Organization, 2007. Available at: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43918/9789241596077_eng.pdf [Access date 16/09/2019]

3. Charities Aid Foundation. World Giving Index 2018: A global view of giving trends. Available at: https://www.cafonline.org/docs/default-source/about-us-publications/caf_wgi2018_report_webnopw_2379a_261018.pdf [Access date 10/04/2019]

4. Meier S, Stutzer A. Is volunteering rewarding in itself?. Economica 2008;75:39-59

5. Dunn, E.W., L.B. Aknin, M.I. Norton. Spending money on others promotes happiness. Science 2008; 319: 1687-1688

6. Thoits, P.A. and L.N. Hewitt. Volunteer work and well-being. Journal of Health and Social Behavior 2001; 42: 115-131

7. Musick, M.A, J. Wilson. Volunteering and depression: The role of psychological and social resources in different age groups. Social Science & Medicine 2003; 56: 259-269

8. Harris, A, C. Thoresen. Volunteering is associated with delayed mortality in older people: Analysis of the Longitudinal Study of Aging. Journal of Health Psychology 2005; 10: 739-52

9. Global Health. Available at: https://donortracker.org/sector/global-health [Access date 28/08/2019]

10. Mosadeghrad AM, Tajvar M. Ehteshami F. Donors' participation in financing health system of Iran. Hakim Health System Research 2019; 22:26-42 [in Persian]

11. Bayat A. Introduction of the health charity assembly, Statistical Report 2015. Tehran: 2015. Available at: http://www.salamat charity.ir/images/Amar/report94.pdf [Access date 30/04/2019]

12. Ayazi MH, Jamali M, Javadi MH, Hoseini nejad J, Rafiefar Sh, Zamani Garmsiri S, et al. Deputy for Social Affair at a glance, Ministry of Health and Medical education. Barta Publication:Tehran 2018; [in Persian]

13. Jamali M. The NGOs handbook. Barta Publication:Tehran, 2018 [in Persian]

14. Husserl E. Phenomenology and the foundations of the sciences. 1 st Edition, Springer Science & Business Media: Netherlands, 2001

15. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qualitative research in psychology. Qualitative Research in Psychology 2006; 3:77-101

16. Iran Ministry of Health, Hospital beds statistics. Ministry of Health, Treatment deputy. 2018. Available at: http://avab.behdasht.gov.ir/rbp2/Rbp2/default/Default_body.asp [Access date 30/04/2019]

17. Mosadeghrad AM, Esfahani P, & Nikafshar M. Hospitals' efficiency in Iran: A systematic review and meta-analysis of two decades of research. Payavard 2017; 11:318-331 [in Persian]

18. Mosadeghrad AM. Patient choice of a hospital: Implications for health policy and management, International Journal of Health Care Quality Assurance 2014; 27: 152-164

19. Mosadeghrad AM, Esfahani P, Afshari M. Strategies to improve hospital efficiency in Iran: A scoping review. Payesh 2019; 18:7-21 [in Persian]

20. Bekkers R, Wiepking P, A literature review of empirical studies of philanthropy: Eight mechanisms that drive charitable giving. Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly 2011; 40: 924 –97

21. Opoku, Robert A. "Examining the motivational factors behind charitable giving among young people in a prominent Islamic country" 2013; 186:172–186

22. Naeiji MJ, Gholami F. Effect of spiritual intelligence on intentions of hospital-maker benefactors. Journal of Hospital 2016; 15:71-78

23. Sargeant A, Lee S. Donor trust and relationship commitment in the UK charity sector: The impact on behavior. Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly. 2004;33:185-202

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-02-03]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1398.18.5.3.2]

ABSTRACT

Donors' participation in healthcare delivery in Iran

Ali Mohammad Mosadeghrad [1], Maryam Tajvar [2], Fatemeh Ehteshami [2*]

1. School of Public Health, Health information management research centre, Tehran University of Medical Sciences,Tehran,Iran
2. School of Public Health,Tehran University of Medical Sciences,Tehran,Iran

Payesh 2019; 18(5): 439- 453
Accepted for publication: 11 September 2019
[EPub a head of print-28 September 2019]

Objective(s): Donors contribute to financing, generating resources and providing healthcare services. This study aimed to explore donors' participation in healthcare delivery in health system of Iran
Methods: This qualitative study was performed using semi-structured interviews with 36 healthcare donors and 26 policy makers, managers and employees in social affairs deputy of the health ministry and universities of medical sciences in 2018. Purposeful and snowball methods were used for recruiting interviewees. In addition, document analysis was performed using related laws, regulations, policies, plans, etc. Thematic analysis method was used for data analysis.
Results: Donors participate in the delivery of physical, mental, and social healthcare services at preventive, curative and rehabilitation levels in Iran. Donors participate in the delivery of healthcare services individually or in groups. They are involved directly through providing healthcare services and indirectly through building healthcare facilities and repairing healthcare technologies and instruments.
Conclusion: Donors have significant roles in providing healthcare services in Iran. Hence, policy makers and managers should coordinate and maximize their participation using appropriate donor relationship management (DRM) strategies.

Key words: Healthcare charity, Donors, Participation, Healthcare delivery, Qualitative study

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-02-03]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1398.18.5.3.2]

* Corresponding author: School of Public Health,Tehran University of Medical Sciences,Tehran,Iran
E-mail: fateme.eht@gmail.com